مجلة الجمعية الجغرافية الليبية

مجلة علمية متخصصة تصدر عن الجمعية الجغرافية الليبية



العدد الخامس
2016

مجلـــة

الجمعية الجغرافية الليبية

العدد الخامس . 2016م

مجلة الجمعية الجغرافية الليبية

البحوث والمقالات الواردة في هذه المجلة تعبر عن وجهة نظر أصحابها ولا تعبر بالضرورة عن رأي مجلة الجمعية الجغرافية الليبية

تتم المراسلات والمشاركات على العناوين التالية:

- مكتب الجمعية الجغرافية الليبية بمدينة الزاوية .
- إدارة فرع الجمعية بالمنطقة الغربية، طرابلس.
- إدارة فرع الجمعية بالمنطقة الجنوبية، سبها.
- إدارة فرع الجمعية بالمنطقة الوسطى، سرت
- إدارة فرع الجمعية بالمنطقة الشرقية، بنغازي

الوكالة الليبية للترقيم الدولي الموحد للكتاب

دار الكتب الوطنية

بنغـازي ـ ليبيا

هاتف : 9097074 - 9096379 - 9090509

بريد مصور : 9097073

البريد الإلكتروني :

nat_lib_libya@hotmial.com

رقم الإيداع : / 2009

ردمك - – ISBN 978 – 9959 – 852

التنفيذ الفني / أكرم محمود جودة

تصميم الغلاف / إياد أحمد جودة

بسم الله الرحمن الرحيم

تقديم

يسَّر الله سبحانه وتعالى لبلادنا أن تتغلب على القوة الغاشمة التي كانت تشدها إلى الوراء وتعرقل مسيرة التطور فيها، وقد دفع الشعب الليبي في سبيل ذلك ثمناً غالياً من الدماء والأشلاء والأرواح الزكية ومن الدمار والخراب لكل مناحي الحياة، ولكن كل ذلك لا يثنينا عن مواصلة التقدم والدفع بعجلة التطور إلى الأمام. لقد أثبت الشعب الليبي دائماً أنه شعب حي قادر على مواصلة بناء الحياة من جديد بعد كل نكسة وفي أعقاب كل كبوة.

كابدت بلادنا الدمار والمعتقلات والموت في مكافحة الاستعمار الإيطالي، ثم جعلنا ذلك الاستعمار نعاني ويلات حربين عالميتين لا ناقة لنا فيهما ولا جمل. وتحرر الشعب الليبي من ربقة الاستعمار وخرج من تحت ركام حربين عالميتين يبني البلاد بجهد جبار وعزم لا يلين، ولكن القدر رماه بانقلاب عسكري أفضى إلى حكم دكتاتوري ظالم مستهتر هدم ما بناه الشعب وأتى على الأخضر واليابس، وانتفض الشعب الليبي من جديد باذلاً النفس والنفيس ليقذف بذلك الحكم المتسلط إلى مزبلة التاريخ، وما زال يعاني اليوم من مخلفات ذلك الحكم الغاشم وسلبياته، وينظر إلينا الناس اليوم بين شامت فرح بما نعاني وبين مشفق يرنوا إلينا بنظرة متعاطفة وقلب واجف يرجو لنا النجاة من الأحداث التي تحاول أن تدفع بنا إلى مصير مجهول. ولكن بوارق الأمل تلوح بين الفينة والفينة نابعة من عواطف وتصرفات الوطنيين من الليبيين ذوي المعدن النقي والإيمان القوي والعزم الأبي، ستبعث فينا تلك الومضات روح الأمل بالمستقبل والثقة بالنفس والتضحية في سبيل الوطن وعزة المواطن. لذلك نقف اليوم واثقين بأننا سنتمكن من بناء وطننا والدفع به

إلى التألق والأمان والعزة، وستتوالى أجيال من أبناء هذا الوطن تصحح ما فسد وتسترجع ما سلب وتبني ما تهدم.

تنظر الجمعية الجغرافية الليبية لجميع فروعها ومنتسبيها إلى المستقبل بثقة وأمل، وسنكون مستعدين لمد أيدنا متكاتفين مع أبناء هذا الوطن المخلصين لنسهم معا في بناء المستقبل المشرق، مؤتمراتنا العلمية الجغرافية تتواصل، وإنتاجنا العلمي يزداد عمقاً وانتشاراً، وها نحن نضع بين يدي القارئ الكريم العدد الخامس من هذه المجلة، وهو الإصدار الثاني بعد انبلاج ثورة 17 فبراير، وقد عقدنا العزم على مواصلة مسيرة هذه المجلة لتسهم بفاعلية في نشر العلم والثقافة، ولتتيح مجالاً آمناً للجغرافيين الليبيين لنشر إنتاجهم العلمي دون قيود، نعمل من أجل تحقيق حرية البحث والدراسة والإبداع في مجال علم الجغرافيا، وسنسعى دائماً إلى الأفضل، والله من وراء القصد.

جُهّز هذا العدد ليصدر خلال عام 2013 ميلادية، ولكن الظروف الصعبة والأحداث المؤلمة التي تمر بها ليبيا بصفة عامة وبنغازي بصفة خاصة، حالت دون إصداره في موعده.. نرجو من القارئ الكريم ومن السادة الذين أسهموا بالكتابة في هذا العدد أن يتقبلوا خالص اعتذارنا على هذا التأخير الخارج عن إرادتنا، ونبتهل إلى العلي القدير أن ينقذ بلادنا الحبيبة من كل مكروه، وأن يقيها شر الفتن وعبث العابثين، ويسبغ على ليبيا الأمن والأمان والاستقرار ويحفظها ويصونها ويبقيها حرة أبية.

أ. د. منصور محمد الكيخيا
رئيس الجمعية الجغرافية الليبية

الافتتاحية

هذا هو الاصدار الخامس من مجلة الجمعية الجغرافية الليبية يرى النور ويصل إلى أيدي القراء ــ خاصة الجغرافيين منهم ــ وهو يحوي عناوين متنوعة من شتى العلوم الجغرافية لدراسات كتبت بأقلام إخوة لهم مقدرة وكفاءة فيما كتبوا عنه.

ونحن نعتبر هذا العدد محاولة جادة لرسم طريق المستقبل، فدائرة تعاون الجغرافيين الليبيين مع هيئة تحرير هذه المجلة بدأت تتسع، واسهاماتهم بدأت تتنوع وباتت واقعاً يدركه الجميع، مما يدفع بي إلى الشد على الأيدي آملاً بذل المزيد من التعاون مع هيئة التحرير حتى نسهم جميعاً في حث الخطى للدفع قدماً بهذه المطبوعة الثقافية العلمية لبلوغ بر الأمان ومواصلة السير بثبات في سبيل التطور والنجاح، ونحن نختزن استعداداً يوفر لهذا الوطن انجاز كامل أمانيه، ودمتم بخير.

أ.د. الهادي مصطفى بولقمة

رئيس التحرير

محتويات العدد

نظام الرعاية الصحية الأولية بمنقطة قمينس في ليبيا بين النظرية والواقع المعاش

دراسة في الجغرافية الطبية

أ.د. سالم فرج العبيدي

قسم الجغرافيا، جامعة بنغازي (بنغازي)

المقدمة

تهدف ليبيا مثل غيرها من دول العالم الثالث إلى تحقيق أهداف منظمة الصحة العالمية التي تم اتفاق دولي على تنفيذها في مؤتمر "ألما آتا" بالاتحاد السوفيتي سابقا عام 1978 الذي نص حينذاك على أن الرعاية الصحية الأساسية يجب أن تكون ميسّره لكافة الأفراد والأسر في المجتمع، وبتكاليف يمكن للمجتمع وللدولة تحملها، بصرف النظر عن اللون أو العنصر أو الدين أو العقيدة السياسية أو الحالة الاجتماعية أو الحالة الاقتصادية للمواطن. وحيث إن الصحة تعد أحد الأهداف الأساسية للتطور الاجتماعي والاقتصادي ، فضلا عن أنها أحد الحقوق الأساسية لجميع الشعوب، فقد تبنت ليبيا سياسة صحية محصلتُها النهائيةُ توفير الخدمات الصحية الأولية بصورة كافية (خاصة في المنطق النائية) ومحاولة تطويرها من حيث الكم والكيف، واعتبارها هدفا رئيسيا من أهداف التغير الاجتماعي والاقتصادي الذي تمر به البلاد حاليا، وضرورة من ضرورات التنمية، والدفع بها إلى الأمام ، وصولا إلى بناء الإنسان السليم الخالي من جميع الأمراض، وتحقيق الأهداف الصحية

المنشودة، وكثيرا ما يرتبط تطور الشعوب وتحضرها بما تقدمه الحكومات لمواطنيها من خدمات في مجالات عدة أهمها الصحة والتنمية.

وتنبغي الإشارة إلى أن التخطيط للخدمات الصحية في الدول النامية، يواجه العديد من المشاكل والعراقيل التي تتمثل أساسا في عدم توزيع الخدمات الصحية الأولية بصورة عادلة بين طوائف السكان وتوزيعاتهم الجغرافية ، إضافة إلى النقص الكبير في عدد الأطباء المتخصصين ، وميل البعض منهم للعمل في مراكز التجمعات السكانية الكبيرة وإهمال التجمعات السكانية الصغيرة، وهذا ينجم عنه بطبيعة الحال تفاوت في توزيع الخدمات، وبالتالي حرمان بعض القرى والمدن الصغيرة من الخدمات الصحية الأساسية، ومن هنا تبرز الحاجة الملحة إلى ضرورة التخطيط السليم للخدمات الصحية وفق أسلوب علمي منظم حتى يستفيد كل الناس من الخدمات الصحية الأساسية في كل منطقة. وحيث إن خدمات الرعاية الصحية الأولية من الأهمية بحيث يُعول عليها لتحقيق الأهداف السالفة الذكر، فقد أعطاها الباحث اهتماما خاصا في هذا البحث المعني بمنطقة قمينس حتى تكون خدماتها في متناول الجميع، وتشمل على كافة التدابير الصحية المتعلقة بالجانبين العلاجي والوقائي.

مشكلة البحث

نظرا التغيرات والتطورات الاجتماعية والاقتصادية والسياسية، إضافة إلى الزيادة السكانية ، فقد تضاعف تيار الهجرة من الأرياف إلى المدن الساحلية مثل مدينة قمينس (موضوع الدراسة)، مما أدى إلى زيادة الطلب على الخدمات الصحية العلاجية المتمثلة في ارتفاع متوسط عدد الاستشارات الطبية (الزيارات) لكل فرد بالسنة إلى أكثر من أربع زيارات. فهذا التردد الزائد

عن الحد المطلوب على الخدمات الصحية أمر أصبح يثير اهتمام كثير من المخططين الصحيين والجغرافيين، ويثير كثيراً من التساؤلات مثل: هل يُعزي هذا التردد الكبير على العيادات الصحية إلى تدني مستوى الخدمات بها ونوعيتها؟أم إلى انتشار الأمراض بصورة لم يسبق لها مثيل ؟ أم إلى عدم وعي المواطنين ؟ وبالتالي زيادة التردد غير الضروري على الخدمات الصحية. فهذه المشاكل تؤدي في الأغلب الأعم إلى ضياع وقت المرضى ، وتبديد موارد المؤسسات الصحية بالمنطقة ، يضاف إلى ذلك نقص كبير في المعدات والأدوات الطبية ، ونقص الأدوية والتخصصات الطبية مما يجعل المريض المحتاج إلى عناية صحية يلجأ إلى الذهاب إلى المدن الكبيرة مثل مدينتي (بنغازي و طرابلس) أو إلى الخارج لعدم الإيفاء بحاجات كل الناس من العلاج . كذلك تجدر الإشارة إلى إن بيانات الأمراض الُمجمعة من مراكز الخدمات الصحية غير كافية ولا تفيد كثيرا في عمليات التقييم ، ذلك لان معظمها يركز على مسألة العمر والجنس ونوع التشخيص والعلاج الموصوف من قبل الأطباء،وإهمال بيانات مهمة عن الخصائص الاقتصادية والاجتماعية والبيئية ،وأماكن السكن ، ووسائل المواصلات وغيرها (Who 2008, Tobias 2009). لذلك فهذه الدراسة ستكون من الشمولية والدقة بحيث تركز على حصر هذه المشاكل ودراستها دراسة مستفيضة ، وتحليل تأثيراتها السلبية على إصابة المواطنين بالأمراض، ومحاولة إيجاد حلول ناجحة لها ، وذلك من اجل زيادة فاعلية الخدمات الصحية ودفع عمليتي الصحة والتنمية إلى الأمام ، لان الوضع الصحي في أي مجتمع يعد مرآة تعكس ظروف هذا المجتمع وأحواله. فكلما تكاملت صحة المواطن البدنية والنفسية أصبح أكثر قدرة على العمل والإنتاج وتحقيق أهداف التنمية والتقدم .

أهداف الدراسة

تتلخص الأهداف الأساسية لهذا البحث في النقاط التالية:

1) تجميع وتحليل بيانات عن مدى توفير خدمات الرعاية الصحية الأولية بالمنطقة، ومدى سهولة الوصول إليها والرضا عن خدماتها ، ومـــدى الاستفادة منها.

2) التعرف على المشاكل والعقبات التي تواجه المواطن قبل الوصول إلى هذه المصحات.

3) إبراز دور الجغرافيين بوصفهم مستشارين في مجال التخطيط للرعاية الصحية ، ودراسة الأبعاد الجغرافية للأمراض والأسس المكانية لها.

4) معرفة مواطن النقص والقصور في الخـــدمات العلاجيـــة والوقائيـــة المقدمة للمواطنين داخل هذه المراكز الخدمية الصحية بالمنطقة.

5) محاولة فهم ما إذا كان هناك علاقة بين تدهور الوضع الصحي فـــي بلدة قمينس والعامل الاقتصادي والعامل الديموغرافي.

6) وخلاصة القول أن الهدف الأساسي هو محاولة تحديد العوامل التـــي تؤثر على عملية الانتفاع بخدمات ابن سينا الصحية ،وإعطاء صورة أدق عن صحة المريض وسلوك المرضى ووضـــع مجموعـــة مـــن التوصيات والحلول المقترحة التي تؤدي بدورها إلى تحسين خـــدمات هذه المراكز الصحية وتطويرها بمنطقة الدراســـة ، بحيـــث تجنـــب المخططين تبديد الموارد المالية القيمة في سياسات تنمويـــة صـــحية فاشلة.

طريقة إجراء البحث

نتيجة لأهمية قمينس بوصفها تجمعا حضريا من السكان يمثل إحدى المناطق المهمة لتطبيق برنامج الرعاية الصحية الأولية التي نادت بها منظمة الصحة العالمية في مؤتمر (آلما آتا) عام (1978) ، فقد أولاها الباحث عناية خاصة وقام بدراسة عينتين من السكان، إحداهما على المرضى المترددين على عيادة ابن سينا قوامها (276) مريضا ، والثانية من الأسر المنتفعة بخدمات الصحة الأولية في المنطقة تتكون من (250) أسرة، بغية الحصول على معلومات تتعلق بالآتي:

- معرفة الخصائص الاجتماعية ولاقتصادية والثقافية لأفراد العينة المدروسة من حيث مستوى التعليم والدخل والوظيفة والوضع الاجتماعي ونوعية السكن وغيرها .(Evans 2009, Marmot et al. 200).
- أسباب التردد على عيادات خارج نطاق المنطقة خاصة في مدينة بنغازي.
- معرفة آراء المستجوبين ووجهات نظرهم بخصوص نوعية الخدمات الصحية المتوفرة بالعيادة الخارجية بهذه المنطقة.
- دراسة البعد المكاني للعيادة من أماكن السكن أي معرفة وسيلة النقل المستخدمة للوصول إلى خدمات العيادة الخارجية بالمنطقة ، والفترة الزمنية التي يستغرقها المريض للوصول إليها.

ولتحقيق الأهداف المرجوة من هذه الدراسة ، فقد تم اختيار عينة عشوائية مقننه تتكون من (250) أسرة، بحيث تكون المقابلة مع رئيس العائلة

أو من ينوب عنه من الراشـــدين ، وذلـــك فـــي الفتـــرة الممتـــدة مـــا بـــين (2000/11/4ف إلى 2000/11/11)، وتم في نفس الوقت إجــراء دراســة أخرى مع المرضى المترددين على عيادة ابـــن ســـينا الخارجيـــة، وإجــراء دراستين في آن واحد ، وكان ذلك بسبب أن كل واحدة منهما متممه للأخرى، بمعنى أن الدراسة الأولى تركز على كل السكان لمعرفة أماكن تلقي العـــلاج المختلفة في المدينة أو خارجها ، بينما الدراسة الثانية تركز علـــى المرضـــى المترددين على عيادة ابن سينا الخارجية فقط ، وكلاهما له أهدافـــه وغاياتـــه ولكن المحصلة النهائية هي معرفة محددات الانتفاع الكلي لخدمات الرعايـــة الصحية الأولية بالمنطقة (Lee 2010) .

وقد أجريت الدراسة في أثناء فصل الخريف وهـــو الفـــصل المثـــالي لإجراء مثل هذه الدراسات ، نظرا لاعتدال الطقس وعـــدم تـــأثير العوامـــل المناخية المتطرفة مثل ارتفاع الحرارة أو البرد الشديد على الأحوال الصحية للسكان .

وحيث إن طبيعة البيانات المجمعة في جلها من نوع البيانات الاسمية أو البيانات الترتيبية ، فقد استخدم الباحث أيسر الطرق التحليلية والإحـــصائية المتمشية مع طبيعة البيانات المجمعة والأكثر استخداما في تحليل بيانات العلوم الإنسانية .

فبالإضافة إلى استخدام الجداول البسيطة والمركبة في التحليل ، فقـــد استعان الباحث بنوع من الاختبارات الشائعة الاستعمال في العلوم الإنـــسانية وهو (مربع كاي) خاصة ما يتعلق بقياس مستوى الرضـــي عـــن الخـــدمات الصحية المقدمة بعيادة ابن سينا الخارجية في منطقة الدراسة .

بداية قمينس في التاريخ

تعد مدينة قمينس إحدى أهم المدن التاريخية التي تعود بتاريخها إلى القرن الخامس قبل الميلاد (484 –424) وتشير معظم الدلائل التاريخية على أنها إغريقية الأصل، ومع هذا تغير هذا الاسم عبر العصور عدة مرات حسب نوع المحتل ولغته إلى أن أصبح باللغة العربية قمينس. وظلت هذه المدينة فترة طويلة من الزمن إحدى القلاع المهمة التي يلجأ إليها السكان ، للاحتماء من غارات القبائل البدوية شديدة البأس ، كما أنها تحولت إلى مركز إداري في العهد التركي . اما في أثناء فترة الحكم الايطالي فقد أصبحت مسرحا لمعارك ضارية بين المجاهدين الأشاوس والغزاة الايطاليين لقن فيها المجاهدون قوات البغي والاحتلال دروسا مستفادة في ملحمة البطولة والكفاح الوطني الباسل .

الموقع الجغرافي

تقع مدينة (قمينس) في السهل الساحلي (سهل بنغازي) الذي يبدو على شكل مثلث رأسه في الشمال الشرقي بالقرب من توكره ويمتد ضلعه الجنوبي إلى خط عرض انتيلات في الشرق ، والى شاطئ البحر المتوسط في الغرب ، ويزداد اتساعا كلما اتجهنا جنوبا حتى يتداخل مع سهل سرت(انظر الشكل رقم 1). وتبلغ مساحة إقليم سهل بنغازي حوالي 135.270كم^2 ، وموقع مدينة قمينس بين بعض التجمعات السكانية في الجنوب والشرق ومدينة بنغازي في الشمال، جعلها محطة تجارية مهمة بين مراكز الاستيطان الساحلية والداخلية ، ومركز خدمات للمستعمرات المحيطة بها (عليا امطول 1994). على أن قيام مدينة قمينس كمنتجع دائم لم يتم إلا بعد عام 1920 عندما أقيمت في موقعها الحالي قلعة وعدداً من المباني الإدارية في العهد الايطالي . وتجدر الإشارة

إلى أن الشواطئ القريبة من قمينس لا تصلح لإقامة الموانئ بسبب استقامة هذه السواحل وخلوها من الخلجان والفجوات والمضايق .

الخصائص الديموغرافية لأفراد العينة

لقد تبين من نتائج الدراسة الميدانية التي أجريت عام 2001 مع (250) رب أسرة، بأنها كانت ناجحة إذ زودتنا بمعلومات صحية عن 1593 شخصا منهم (47.4%) ذكور و (52.6%) إناث (انظر الجدول رقم 1). وتجدر الإشارة إلى أن نسبة النساء في سن الحمل والعمل (15–45 سنة) قد وصلت إلى (26.9%) من إجمالي أفراد العينة ، وهي أعلى بقليل من نتائج إحدى الدراسات التي أجريت في مدينة بنغازي عام (Abudejaja et al, 1987) . أما الذين تقل أعمارهم عن 15 سنة فقد وصلت نسبتهم إلى (27.1%) من المجموع الكلي لأفراد العينة المدروسة ، مما يسمح حتما باتساع قاعدة الهرم السكاني في المنطقة . وبإضافة 48 شخصاً من الذين تزيد أعمارهم عن 64 سنة إلى هذا المجموع ، فيتضح مدى ارتفاع نسبة الإعالة حيث وصلت إلى (30%) هذه النتائج تتفق إلى حد كبير مع الاتجاه العام لنمو السكان بليبيا، ومعظم الدول النامية الاتجاه الذي يتسم بارتفاع نسبة المواليد وانخفاض معدل الوفيات خاصة بعد النهضة الصحية التي شهدتها البلاد في العقدين الأخيرين من القرن الماضي . وبصفة عامة يمكن القول أن مجتمع الدراسة في جُلّه يتكون من النساء وطلبة المدارس ومتوسطي العمر، حيث يشكلون جميعا حوالي 60% من إجمالي أفراد العينة . أما ضآلة نسبة كبار السن 65 سنة فأكثر فتتفق تماما مع المتوسط العمري لكل الليبيين البالغ حوالي 67 سنة حسب آخر معلومات (الكتيب الإحصائي 1999) أما المتوسط الحسابي لأفراد

العينة فقد بلغ 44.9% سنة والوسيط 41.5% سنة ، في حين الانحراف المعياري لأفراد العينة لم يتجاوز 14.9 سنة.

أما فيما يخص حجم الأسرة فقد بلغ عدد الأسر التي يتراوح عدد أفرادها ما بين 1−6 إلى 137 وبنسبة (55.2%) من العدد الكلي لحجم الأسر، في حين أن الأسر التي يتراوح عدد أفرادها ما بين6−9 فقد وصل إلى 65أسرة وبنسبة 26% من عدد الأسر المستجوبة ، بينما الأسر التي يزيد عدد أفرادها عن 10 فقد بلغت 47أسرة وبنسبة (18.8%). لذلك تنبغي الإشارة إلى أن متوسط حجم الأسرة البالغ ستة أشخاص والذي يشكل حوالي (55%) من كل الأسر المدروسة لا شك انه حجم كبير، لكنه لا يفوق الحجم الكلي للأسرة بليبيا الذي وصل حسب آخر تعداد سكاني رسمي إلى 5.89 (التعداد السكاني عام 2006) . اما في الدول المتقدمة فالوضع لا يقارن على الإطلاق حيث لا يزيد حجم الأسرة عن 3.5 فرداً في اكبر الأسر حجما (U.N. Demographic Yearbook 2008).

كذلك أظهرت النتائج أن الحالة الصحية لمعظم أفراد العينة جيدة ، حيث بلغت نسبة الأصحاء من أفراد العينة 90.9% بينما نسبة المرضى 9.1%. هذه النتائج تعتبر مؤشرات ذات دلالة ايجابية لمعرفة ما سيؤول إليه المستقبل من خطط تنموية في مجال الخدمات الصحية ، فزيادة عدد الأطفال والأمهات ستؤدي حتما إلى التفكير الجدي من قبل جهات الاختصاص إلى ضرورة بناء المرافق الصحية المطلوبة وتشييدها، وإلى ما تحتاج إليه من أطباء ومعدات طبية حديثة وغيرها . وهذا يدعونإلى التساؤل لماذا توقفت أمانة الصحة عن المضي قدما في خطط التحول العملاقة والمتعددة التي بدأتها الدولة في بداية السبعينات لدعم وتقوية البنية التحتية للخدمات الصحية في كل

أنحاء ليبيا لرفع مستوى الخدمات الصحية ، حتى يمكن مقارنتها مع المعدلات العربية والعالمية من حيث الكم والكيف .

الجدول 1: الخصائص الديموغرافية لأفراد العينة

العمر	ذكور		إناث	
	العدد	النسبة	العدد	النسبة
1- 5	64	4%	59	3.7%
6-14	142	8.9%	166	10.4%
15-44	428	26.9%	511	32.1%
45-64	86	5.4%	89	5.6%
65 ≤	35	2.2%	13	0.8%
المجموع	755	47.2%	838	52.8%

الدخل

فيما يخص متوسط دخل أفراد العينة، فقد بينت النتائج أن أكثر من ثلثي المستجوبين كانوا من ذوي الدخل المتوسط (68%) ونسبة ضئيلة جدا من ذوي الدخل المرتفع (10.7%) . وأوضحت الدراسة أن هاتين الفئتين لهما القدرة على الذهاب إلى مدينة بنغازي للانتفاع من خدمات العيادات الخاصة ، حيث يتوفر الأطباء الأكفاء والمعدات الطبية الحديثة . وكذلك لا نستغرب أن نرى أن أكثر المرضى في منطقة قمينس هم أكثر رواد العيادات المجمعة

والعيادات الخاصة بمدينة بنغازي بصرف النظر عن مستوى الدخل ، وذلك لتدني مستوى الخدمات الصحية في عيادة ابن سينا الخارجية، وذلك بسبب نقص الأطباء والأدوية ومعامل التحليل والأشعة وغيرها ، حيث وصلت نسبة من يذهب إلى عيادة أخرى في مدينة بنغازي إلى (44.3%)، وهذا يقودنا إلى استنتاج أن هناك علاقة طردية بين ارتفاع مستوى الدخل ومغادرة منطقة قمينس للبحث عن علاج أفضل في مدينة بنغازي، أي كلما زاد الدخل أدى إلى زيادة الفرصة لذهاب المريض إلى عيادة أخرى في مدينة بنغازي أو خارج ليبيا بغية الحصول على خدمات صحية أفضل . وهذا الوضع المشوب بنقص الخدمات الصحية الأولية نجده يتكرر في مدينتي أوباري وشحات (الدادة 2004، الحاسي 2008).

الوظيفة

لقد أشارت نتائج هذه الدراسة أن الأطفال تحت سن الدراسة والطلبة في كل المستويات العلمية يشكلون حوالي (41.4%) من أفراد العينة المدروسة ، تلاها في الترتيب نسبة الموظفين (20%) ، ثم ربات البيوت (18.6%) ، فالأعمال الحرة (9.7%) ، والعساكر (5.9%) ، ثم المتقاعدين (4.8%). وقد اتضح من هذه النتائج إن أكثر أفراد العينة هم من الطلبة وربات البيوت حوالي (60%) مما يتطلب الأمر ضرورة التوسع في تشييد مراكز الأمومة والطفولة ودعمها اللازم للنهوض بهاتين الشريحتين المهمتين في المجتمع (المرأة والطفل) . كما يلاحظ أيضا إن اغلب سكان المنطقة يعملون في القطاع الخدمي مما يعكس الآثار السلبية على الاقتصاد الوطني نتيجة للتضخم في الجهاز الإداري . وهذه الظاهرة نجدها تتكرر في معظم المدن الليبية (العبيدي 2002، فائزالبرعصي 2008) وفي كثير من الدول النفطية العشائرية الشبيهة

بليبيا مثل السعودية والعراق (Habib and Vaughan 1986, Al-Ribdi 1999).

التعليم

يلعب التعليم دورا مهما في حياة الشعوب ويؤثر في الأحوال الصحية للسكان ، فكلما ارتفع مستوى التعليم انعكس ذلك في رفع المستوى الصحي والمعيشي ، وأدى إلى الميل إلى الأخذ بالأساليب الصحية الحديثة . وتـشير نتـائج هـذه الدراسة إلى أن معظم المترددين على عيادة ابن سينا الخارجية بمنطقة قمينس يتمتعون بمستويات علمية متباينة تتراوح ما بين 50.9% للتعليم الأساسي ، و 15% تعليم ثانوي ، و 14.8% للتعليم الجامعي، و 7.1% للتعليم المتوسـط والمعاهد. أما نسبة الأمية فقد بلغت حوالي 12.2% من مجموع أفراد العينة ، وهي في الأغلب الأعم تتركز بين كبار السن من المرضى خاصـة الإنـاث، وهي نسبة منخفضة مقارنة بالمدن الليبية الأخرى الشبيهة.

وتنبغي الإشارة هنا إلى أن الدولة اتبعت سياسة تعليمية رشـيدة مـع بداية الخمسينات (تاريخ استقلال البلاد) كان من ضمن أهدافها إلزامية التعليم الابتدائي ، والقضاء على الأمية بين الكبار . وقد قطفت ثمار هـذه الـسياسة بالقضاء شبه النهائي على الأمية بين الصغار، وأصبح انتشارها محدوداً فقـط بين نسبة ضئيلة من كبار السن . وقد أكد منش وآخـرون (Mensch et al. 1985) على أهمية دور زيادة نسبة المستوى التعليمي في تقليل نسبة الوفيات بقولهم إن إضافة سنة دراسية واحدة إلى تعليم المرأة يؤدي حتما إلـى تقليـل معدل وفاة الأطفال بنسبة 6.8% . ويضيف هؤلاء البحاث انه بعد إدخال كل

المتغيرات في معادلة التقييم ، فان الأثر يظل للتعليم بتخفيض 3.4% من حالات الوفيات لكل سنة دراسية إضافية.

ويشير السبعاوي (1993: 93) إلى أن ارتفاع مستوى تعليم الأم وثقافتها يجعلها أكثر علما بالأساليب الصحية الحديثة لتربية الطفل والبعد عن القدرية والإهمال والتواكل ، وبالتالي يتيح التعليم لها فرصا أفضل لمعرفة أسباب الأمراض التي تصيبها أو تصيب أطفالها فتتجنبها ، وبالتالي تنخفض معدلات وفيات الأطفال. ومن الدراسات الرائدة في هذا السياق دراسة (Tecke 1985: 185) في مصر التي أكدت وجود علاقة ارتباطيه بين وفيات الأطفال اقل من عامين بمستوى تعليم الأم، حيث بلغ معدل الوفيات بين الأمهات الأميات إلى 143 في الألف، و114في الألف بالنسبة للأمهات اللاتي يقرأن ويكتبن ، و91 في الألف لمن أتممن التعليم الابتدائي ، و67 في الألف لمن أكملن التعليم الثانوي ، و52في الألف لمن أتممن التعليم الجامعي .

والأمية التي نقصدها هي الأمية الحضارية التي أشار إليها (السبعاوي 1977) بقوله: "إنها أمية الممارسة والتطبيق التي تجسد عجز الفرد عن اكتساب المهارات والقدرات والتعامل مع التكنولوجيا الحديثة التي توفر الكثير من الوقت والجهد المُهدر فيما لا قيمة له." ويضيف السبعاوي أن هناك علاقة قوية أيضا بين تعليم الأم ورعاية الطفل من حيث التغذية ، فقد لوحظ إن النساء المتعلمات يقمن بتزويد أطفالهن بتغذية إضافية في الشهور الأولى من أعمارهم ،إضافة إلى الرضاعة الطبيعية وهي قد تكون مصنعة بالبيوت أو جاهزة من الصيدليات .ولتوضيح الدور المهم والبارز للتعليم في تحسين صحة الأفراد البدنية والعقلية وبالتالي زيادة متوسط العمر المتوقع life expectancy يمكن الاستدلال بالمثال التالي :

هناك اربع دول تعد في مصاف الدول النامية هي سريلانكا وكوستاريكا وولاية كيرالا إحدى الولايات الهندية والصين لا يتجاوز مستوى دخل الفرد في أي منها عن 450 دولاراً في السنة ، نجد أن المتوسط العمري المتوقع يتراوح بين (70–71) سنة ،وهو مستوى قريب من مستوى دخل الفرد بالدول المتقدمة أو المصنعة ، بينما ليبيا لم تصل إلى هذا المستوى إلا عام (2001) حسب تقدير المصرف الدولي ، بالرغم من ارتفاع مستوى دخل الفرد بها بحوالي عشرين ضعفاً عن هذه الدول.

وقد أعزى المحللون وخبراء السكان أن ارتفاع المتوسط العمري في الدول الثلاث للمجموعة الأولى كان بفعل الإرادة الشعبية والسياسية ، في حين في الدولة الرابعة وهي الصين كان بفعل الإدارة السياسية الحازمة . وبصفة عامه اتفقت كل الدراسات على إن التحسن في المتوسط العمري لا يتم بتطوير زيادة معدل الأطباء والفنيين والممرضين بالنسبة للسكان وزيادة مستوى الدخل والتغذية فحسب ، بل تعزي إلى التطوير المستمر في مجال الخدمات الصحية وفي مجال التعليم والتغذية ، والقضاء على العادات البالية مثل الاعتماد على الطب الشعبي القديم المبني على الأساليب المتخلفة مثل الكي والشعوذة وغيرها . وتوضح نتائج هذه الدراسة أن كل خمسة من سبعة أفراد لا يؤمنون بالطب الشعبي التقليدي، بل لديهم اقتناع تام بان الطريق السليم للعلاج هو التردد على الخدمات الطبية الحديثة ، وهذا يدل على مدى وعي ونضج أفراد هذه المنطقة الريفية بأهمية الطب الحديث في علاج الأمراض . وهكذا يتضح بان التعليم فضلا عن أهميته في صقل مواهب الإنسان وتنمية قدراته العقلية والعلمية ، فهو يشكل حجر الأساس بالنسبة لتكوين الأطر الطبية الفنية والتقنية والمهنية المؤهلة لرفع مستوى المجتمع اقتصاديا واجتماعيا وثقافيا وبالتالي

حضاريا ،إضافة إلى خلق جيل مبدع وواع ومدرك لواجباته ومتحملا لمسؤولياته تجاه وطنه وشعبه (أبو دجاجة 2007).

الرحلة إلى مراكز الرعاية الصحية الأولية

هناك العديد من العوامل التي تشكل في تضافرها وتآزرها مع بعضها البعض عوامل معيقة للانتفاع بالخدمات الطبية ، لعل أبرزها بُعد المسافة بين محل إقامة المريض ومقر الخدمة الصحية المرتقبة سواء كانت حكومية أو خاصة . يضاف إلى ذلك سهولة الوصول والاتصال بالخدمات الصحية ومستوى المعيشة والعوامل الاقتصادية للفرد لأنها جميعا عوامل تلعب دورا حاسما في تحديد نمط الرحلة إلى مراكز العلاج (Solar O & Irwin A 2007)، فالفقراء بطبيعتهم لا يستطيعون التردد على الخدمات الصحية المتطورة في المدن الكبيرة مثل مدينتي (بنغازي و طرابلس) ، كما انه ليس بمقدورهم الذهاب خارج البلاد للعلاج نظرا لارتفاع نفقات السفر والعلاج بهذه المناطق ، فيضطرون للعلاج في مناطق وجودهم لدى أطباء الوحدات الصحية الريفية أو المستشفيات المركزية القريبة من محال إقامتهم بعكس الطبقات الغنية التي يمكنها الوصول إلى أرقى الخدمات الصحية في مكان وفي أي زمان.

وهناك كم هائل من الكتابات في الأدب الجغرافي الطبي عن اثر المسافة على التردد علي الخدمات الصحية لا يتسع المجال لذكرها جميعا ، لكن أبرزها قاطبة حسب اعتقادي ما قدمه شانون وديفر (Shannon and Dever 1974) Shannonand Dever,1974 في سهولة الوصول والاتصال بمراكز الرعاية الصحية ودراسة موريل وآخرين (Morrill et al, 1970) لأثر المسافة على وصول المرضى لمستشفيات (شيكاغو) التي وضحوا فيها

أن عامل قرب الخدمات الصحية من مقر السكن قد لا يكون دائما محل ثقة المريض لأسباب عديدة اجتماعية وعرقية واقتصادية وغيرها . هذا النمط من السلوك في الانتفاع بالخدمات الصحية أمكن ملاحظته في (هونج كونج) وفي (غرب جلامورجان بسوانزي) ببريطانيا، حيث تبين أن الرغبة في المحافظة على استمرارية الاتصال بطبيب معروف للأسرة لمدة طويلة ، تعد أقوى من أية رغبات أخرى في تقليل المسافة التي تفصل بين عيادة ذلك الطبيب ومحل سكن تلك لأسرة ، خاصة إذا تيسرت سبل المواصلات العامة للفقراء كما هو الحال في سوانزي، وتمكن ذوو الدخل المحدود من استمرارية الاتصال بمراكز طبية سابقة توجد بمركز المدينة أي بعيدة عن مناطق سكناهم الجديدة (Phillip 1984, Burrows 2008).

أما نتائج هذه الدراسة فقد انسجمت إلى حد كبير مع النسق العام للانتفاع من الخدمات الطبية القريبة من محل السكن ، فقد أوضحت الدراسة أن أفراد العينة لم يشكوا من بُعد المسافة حيث تبين أن حوالي 46% يصلوا إلى عيادة ابن سينا في اقل من ربع ساعة ، وأن حوالي 32.1% يأتي مشيا على الأقدام، في حين أن المرضى الذين يصلون في اقل من نصف ساعة تصل نسبتهم إلى أكثر من ثلاثة أرباع أفراد العينة 77%، والذين يستخدمون السيارات الخاصة تصل نسبتهم إلى 46% . وزيادة في تأكيد قرب العيادة من معظم سكان المدينة نجد أن 63.2% من المرضى كانوا قد أتوا من مناطق لا تتجاوز مسافتها عن العيادة أكثر من 500 متر ، وحوالي 28% ما بين500 متر و 1000 متر . أما البقية الضئيلة من أفراد العينة ، فقد أتت من مسافة تزيد عن كيلومتر واحد ،(انظر الشكل رقم 2) ،بالإضافة إلى هذه الخدمات الصحية المجانية بالمنطقة فالسكان لهم حرية التردد على بعض العيادات

المجمعة والخاصة في مدينة بنغازي التي لا تبعد عن المنطقة سوى 50 كم ، ولكن هذه الخدمات الصحية الأخيرة تتطلب بكل تأكيد دفع بعض التكاليف المادية التي لا يستطيع تحملها كثير من المرضى .وقد لا يكون بُعد المسافة عن مراكز الخدمات الصحية هي المشكلة العضال ، ففي هذه الدراسة تبين أن عامل المسافة لا يشكل عائقا في سبيل الانتفاع من الخدمات الطبية بالعيادة الخارجية بالمنطقة ،وإنما المشكلة تتجسد في مسألة الانتظار قبل الدخول على الأطباء، فقد شكلت هذه المشكلة حوالي 25.7% من جملة الشكاوي التي أبداها المرضى ، يليها في الترتيب مشكلة غياب الأطباء عن العمل 17% ثم الازدحام داخل المصحة 13.8% . اما الوساطة والمحسوبية وسوء المعاملة من قبل هيئة التمريض فقد بلغت إجمالا 9.8% يليها نقص المتخصصين 9.1% ثم الأسباب المتفرقة.

نوع المرض

بإلقاء نظرة على الجدول رقم (2) يتضح أن الأمراض تتفاوت بين الجنسين، وأن الأمراض الأكثر انتشارا في المنطقة حسب التدرج هي أمراض الجهاز التنفسي ،والسكري ، وضغط الدم، وأمراض العظام ،ثم أمراض الجهاز الهضمي . وتبين من نتائج الدراسة أن نسبة انتشار هذه الأمراض الخمسة بين النساء أكثر منها بين الرجال ماعدا أمراض الجهاز الهضمي . وحيث إن قمينس تقع في منطقة مفتوحة أي لا وجود لهضابٍ أو جبالٍ تعمل مصداتٍ طبيعية للرياح المحملة بالغبار ، فتؤدي حتما إلى تعرض سكان هذه المنطقة إلى كميات هائلة من الأتربة والغبار، خاصة في أثناء فترة هبوب رياح القبلي. وإذا تناولنا بالتحليل سبب ارتفاع نسبة الإصابة بأمراض الجهاز التنفسي بين الذكور عنها بين الإناث كما يتضح من الجدول رقم (2) ، فقد يُعزى ذلك إلى أن الذكور يقومون بأعمال كثيرة خارج البيت تعرضهم للأتربة والغبار، كما

أن معظم الذكور تنتشر بينهم ظاهرة التدخين أكثر من النساء في المجتمع الليبي ، مما يزيد من احتمالية التعرض لأمراض الرئة والقلب وما له علاقة بالجهاز التنفسي .

إن انتشار أمراض الجهاز التنفسي قد يكون من أسبابها الجوهرية الازدحام في المساكن غير الصحية ، وعدم الاهتمام بالنظافة ،ويأتي في الترتيب الثالث بين الأمراض المنتشرة في المنطقة مرض ضغط الدم وهو احد الأمراض المعاصرة الناجمة عن الأزمات النفسية ، وعدم تنظيم الأكل، وتصل نسبة ذلك إلى 11% ثم تليها أمراض العظام بنسبة 10% فأمراض الجهاز الهضمي حتما بطبيعة الأكل الليبي الذي يتسم بكثرة الدهون والتوابل الحارة . وهناك العديد من الدراسات المثيلة التي أجريت في أصقاع متباينة من الدول النامية لمعرفة توزيع الأمراض وأسباب انتشارها ، لعل من أبرزها دراستي أبو خرامة (2004) وبن عمران (2008).

ثم يأتي تسلسل بقية الأمراض كما هو مبين بالجدول أعلاه ، هذا وتنقسم الأمراض عموما إلى أمراض مزمنة، وأمراض طارئة، فنجد أن الأمراض الطارئة تشكل حوالي 76.5% من أفراد العينة المدروسة ، في حين أن الأمراض المزمنة تمثل حوالي 23.5% . وبمقارنة الجنسين نجد أن الإناث أكثر عرضة للأمراض المزمنة مثل ضغط الدم والسكري من الذكور ، بينما الذكور أكثر في الأمراض الطارئة من الإناث . وقد تعزى إصابة الإناث بالأمراض المزمنة أكثر من الذكور خاصة في الفئات العمرية (15–44 سنة) إلى طبيعة التركيبة البيولوجية للمرأة ، والى توالي فترات الحمل والإنجاب والضغوط النفسية التي تتعرض لها النساء جراء ذلك ،وتزداد المشكلة تأزما لدى المرأة إذا كانت تعمل وربة بيت في إنٍ واحد . وبإعادة تركيب الجدول رقم (2) ليتناسب مع تطبيق مقياس مربع كاي ،اتضح أن الفرق الكلي بين الجنسين وتوزيع كل الأمراض كان ذا دلالة إحصائية عالية $p=0.001$.

الجدول 2: توزيع الأمراض بين الجنسين لأفراد العينة

نوع المرض	ذكور		إناث		المجموع	
	العدد	النسبة	العدد	النسبة	العدد	النسبة
الجهاز التنفسي	30	44%	27	36%	57	39%
السكري	8	12%	10	14%	18	12.5%
ضغط الدم		9%	10	14%	16	11%
العظام	6	9%	8	11%	14	10%
إعراض وأمراض أخرى	3	4.5%	7	10%	10	8.5%
الجهاز الهضمي	7	10.5%	4	5.5%	11	8%
الجهاز العصبي	4	6%	4	5.5%	8	6%
الجلدية	2	3%	1	2%	3	3%
الأمراض الوراثية	1	2%	1	2%	2	2%
المجموع	69	47.4%	76	52.6%	145	100%

الصحة والمرض

لقد أوضحت نتائج هذه الدراسة الحالة الصحية لـــ 1593 شخصاً ، وذلك في أثناء فترة أربعة أسابيع ، وهي فترة التذكر المسموح بها في هذه الدراســـة . وقد تم تعريف الحالة الصحية في ضوء هذا البحث بأنها: "حالة الفرد الصحية كما يدركها الشخص ذاته، أو حسب ما يذكره أفراد آسرته الراشـــدين عنـــه"، وعلى هذا الأساس تم تصنيف المستجوبين إلى فئتين : فئة الأصحاء الذين لا يشكون من مرض ، وفئة المرضى الذين أصيبوا بمرض ما في أي وقت في أثناء فترة التذكر السابقة الذكر . من جهة أخرى ، لقد تم تصنيف المرضـــى إلى مرضى أمراضا طارئة وبلغت نسبتهم (76.5%) ومرضى أمراضا مزمنة وبلغت نسبتهم (23.5%) من 1600تمت دراستهم في المسح الميداني ، ولـــم يكن بالإمكان معرفة الوضع الصحي لحوالي سبعة أشـــخاص بـــسبب عـــدم وجودهم بالبيت في أثناء فترة إجراء الدراسة. أما الوضع الصحي للبقية وهم 1593 شخصاً فقد تم تصنيفهم كالتالي 145 شخصاً أي بنسبة (9.1%) فقـــد

ذكروا الإصابة ببعض الأمراض في أثناء فترة التذكر و 1448 شخصاً أي بنسبة (90.9%) كانوا أصحاء ولم يشكوا من أي نوع من الأمراض (انظر الجدول رقم 3).

الجدول 3: العلاقة بين العمر والحالة الصحية لأفراد العينة المدروسة

العمر	الحالة الصحية			
	أصحاء		مرضى	
	العدد	النسبة	العدد	النسبة
5−0	122	8.4%	1	0.7%
14−6	297	20.5%	11	7.6%
44−15	867	59.9%	72	49.7%
64−45	133	9.2%	42	29%
65 فأكثر	29	2%	19	13 %
المجموع	1448	90.9%	145	9.1%

يتضح من الجدول السابق أن الفئة العمرية الأولى (0−5) تشكل في حجمها 7.7% من إجمالي أفراد العينة منها (8.4%) من الأصحاء و (0.7%) من المرضى ، في حين تمثل الفئة العمرية الثانية (6−14) نسبة 19.3% منها (20.5%) من الأصحاء بينما (7.6%) من المرضى . أما الفئة العمرية الثالثة وهي الفئة الأكبر فهي إجمالا تشكل 58.9% منها (59.9%) من الأصحاء و (49.7) من المرضى . والفئة العمرية الرابعة (45−64) تشكل 11% من العدد الكلي لأفراد العينة منها (9.2%) من الأصحاء و (29%) من المرضى . أما النسبة الأخيرة وهي الأقل فهي فئة كبار السن (65 سنة) فأكثر وهي تشكل 3% من العدد الكلي و (2%) من نسبة الأصحاء

و (13%) من نسبة المرضى. ويتضح جليا من الجدول السابق أن الفئتين العمريتين (15 44) و (45 64) هما الفئتان اللتان تشكلان معا حوالي (78.5%) من نسبة المرضى . وهذا يتمشى مع طبيعة هاتين الفئتين العمريتين ، باعتبارهما فئتي العمل وبذل الجهد وفئة كبار السن التي عادة ما تكون الأقرب إلى الإصابة بالمرض .

أما فيما يتعلق بالحالة الصحية وعلاقتها بالجنس، فتجدر الإشارة إلى أن الجدول المبين أدناه الذي نجد فيه نسبة الأصحاء والمرضى تكاد تكون متساوية في كلى الجنسين، حيث تمثل نسبة الأصحاء الذكور (90.9%) وكذلك الإناث . أما المرضى فنسبتهم أيضا متشابهة في كلى الجنسين (9.1%)، هذا التقارب في الحالة الصحية بين الجنسين يدل دلالة واضحة على انتشار الوعي بين الأفراد من الجنسين، ومن خلال تطبيق اختبار (X^2) تبين عدم وجود فروق إحصائية جوهرية ذات دلالة معنوية بين الجنسين والحالة الصحية للمبحثين من أفراد العينة.

الجدول 4: العلاقة بين الحالة الصحية والجنس

الحالة الصحية	الجنس			
	ذكور		إناث	
	العدد	النسبة	العدد	النسبة
أصحاء	686	%90.9	762	%90.9
مرضى	69	%9.1	76	%9.1
المجموع	755	%47.4	838	%52.6
X^2=0.002 درجات الحرية (1)			P=0.96	

الأمراض وعلاقتها ببعض العوامل البيئية المنتقاة

لقد تم دراسة المرض ومدى علاقته ببعض المؤشرات البيئية مثل توفـــــــر المياه النقية للشرب وللاستعمالات العامة، وتوفر المراحيض الصحية والحالة العامة لبيوت أفراد العينة ، انطلاقا من مبادئ مؤتمر(**ألما آتا**) عام 1978 ، وما تلاه من مؤتمرات ولجان متابعة (WHO 2009, Chan 2008). فمـــن نتائج هذه الدراسة، تبين عدم وجود مشكلة فيما يتعلق بتوفير الميـــاه النقيـــة ، حيث اتضح أن غالبية السكان إن لم يكن جميعهم يتمتعون بتوصـــيلة ميـــاه دائمة، وبنفس الطريقة اتضح من إجراء المقارنة بين الأصحاء والمرضى أن عدد الأصحاء يزيد في البيوت التي تتوفر فيها المراحيض الحديثة ،بينما علي العكس من ذلك تبين أن معظم المرضى موجودين في بيوت ذات دورات مياه قديمة أو قليلة العدد . وتبين من تطبيق مقياس مربع (X^2) وجود علاقة قوية بين زيادة عدد دورات المياه بالبيـــت والحالـــة الـــصحية الجيـــدة للمبحثـــين ($P=0.03$) ، كما اتضح أيضا من نتائج الدراسة أنه كلما قل عـــدد الأفـــراد بالحجرة قلت نسبة الإصابة بالمرض ، وبتطبيق مربع كـــــاي (X^2) تبين أن العلاقة ذات دلالة إحصائية عالية ($P=0.04$). أما فيما يخص بالوضع الصحي وعلاقته بنوعية السكن ، فلم يكن ذا دلالة إحصائية كما تبين من الجدول رقم (5)، بينما فيما يتعلق بالحالة الصحية العامة للبيـــت ومـــدي تأثيرهـــا علـــي الأمراض ، فقد تبين من نتائج تطبيق مقياس مربع كـــــاي وجود علاقة ذات دلالة إحصائية عالية ($P=0.01$) لأن معظم المرضي يسكنون في بيوت حالتها الصحية العامة سيئة.

الجدول 5: العلاقة بين الحالة الصحية وبعض المؤشرات البيئية

عدد المراحيض بالبيت	الحالة الصحية			
	أصحاء		مرضى	
	العدد	النسبة	العدد	النسبة
2 1	53	%27.3	9	%16.1
3	134	%69.1	41	%73.2
4≤	7	%3.6	6	%10.7
المجموع	194	%77.6	56	%22.4
X^2=6.54	درجة الحرية (2)		P=0.03	
متوسط عدد الأفراد	أصحاء		مرضى	
	العدد	النسبة	العدد	النسبة
1 2	71	%36.5	13	%23
3	94	%48.5	28	%50
4≤	29	%15	15	%27
المجموع	194	%77.6	56	%22.4
X^2=5.79	درجة الحرية (2)		P=0.04	
نوع السكن	أصحاء		مرضى	
	العدد	النسبة	العدد	النسبة
فيلا	69	%35.5	17	%30.4
منزل عربي حديث	49	%25.3	12	%21.4
منزل عربي اوشقة	76	%39.2	27	%48.2
المجموع	194	%77.6	56	%22.4
X^2=5.79	درجة الحرية (2)		P=0.48	

□ □ائد □ الأسرة وعلاقته بالإصابة بالأمراض

إن لتركيبة البنية الأسرية ومستوى الدخل الأسرى أثر علي الحالة الصحية ،فكثير من الدراسات تشير إلي إن حجم الأسرة الكبير له اثر سلبي من حيث الإصابة بالأمراض ،كما أن الأسر ذوات الدخل المنخفض أقل قدرة علي الوصول إلى الخدمات الطبية الجيدة (المهدوي 2004، بن عمران 2008). لذلك فنرى أن نتائج هذه الدراسات تبين أن حالات المرض تختلف وفقا لنوع الأسرة ، فبالرغم من أن نسبة المستجوبين الذين بلغوا عن حالات مرضية اختلفت بدرجه عالية مع تباين حجم الأسرة ، إلا أن البيانات المتوفرة من الدراسة ، لم تشر إلي وجود علاقة قوية بين حجم الأسرة والإصابة بالمرض، فمع وجود ميل إلي أن معدلات الإصابة بالأمراض تنخفض مع زيادة حجم الأسرة (انظر الجدول6) فقد أمكن بصورة عامة ملاحظة أن ارتفاع نسبة المرضي في العائلات الصغيرة (وهو عكس المتوقع) يُعزي إلي كثرة عدد هذه الأسر في العينة المدروسة ، حيث تمثل هذه الأسر حوالي (55%) من جملة الأسر المبحوثة . وبتطبيق مقياس مربع كاي (X^2) تبين عدم وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين المتغيرين ، حيث كانت قيمة الاحتمال ($P=0.11$) انظر الجدول رقم (6) .كذلك اتضح من النتائج أيضا أنه لا توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين الحالة الصحية ومستوي الدخل الأسري لأن قيمة الاحتمال كانت ($P=0.5$)مع وجود ميل بسيط لانخفاض معدلات الإصابة بالمرض مع زيادة مستوي الدخل الأسري.

الجدول رقم (6) يوضح علاقة الحالة الصحية بحجم الأسرة والدخل الأسري

حجم الأسرة	الحالة الصحية			
	أصحاء		مرضى	
	العدد	النسبة	العدد	النسبة
6 1	109	%58	28	%45
9 7	43	%23	22	%35
10≤	35	%19	12	%20
المجموع	187	%100	62	%100
X²=4.25		P=0.11		درجة الحرية (2)
الدخل الأسري	أصحاء		مرضى	
	العدد	النسبة	العدد	النسبة
150□1	23	%12	11	%18
300 151	95	%51	31	%50
300≤	70	%37	20	%32
المجموع	182	%100	62	%100
X²=1.36		درجة الحرية (2)		P=0.5

وهذا الوضع يختلف مع نتائج كثير من الدراسات الشبيهة التي أجريــت داخل ليبيا أو خارجها علي مستوى الوطن العربي (لنقــي 2005 Al-ribdi 1990, Habib and Vaughan 1986,). والتفسير المقبول لهذا الاخــتلاف قد يُعزى إلي الإدلاء بإجابات غير صحيحة عن المرتب من قبل المــستجوبين

في اثناء إجراء الدراسة الميدانية. كذلك فالعلاقة بين وجود الحيوانات بالبيت والاصابة بالأمراض لم تكن ذات دلالة احصائية P=0.84 ربما لان نسبة عالية من السكان لا يقومون بتربية الحيوانات في بيوتهم مطلقا (انظر الجدول رقم 5).

اتجاهات وآراء المرضى حيال خدمات عيادة ابن سينا الخارجية

يرى العديد من الجغرافيين السلوكيين بان الادراك هو واقع أو حقيقة المدرك (perception is the reality of the perceiver)، لذلك فدراسة اتجاهات المرضى وأرائهم تعد على قدر كبير من الأهمية ، لاسيما فيما يختص بمعرفة أنواع الأمراض المنتشرة في منطقة من المناطق ، وتوزيع الخدمات الصحية بها ومدى كفايتها وكفاءتها وعدالة توزيعها بين السكان . وحيث إن دراسة الآراء والاتجاهات العامة للسكان حيال الخدمات الصحية والعاملين بها من الأطباء والفنيين والممرضين ، تعد من الدراسات المهمة والقيمة في العصر الحديث. أما فيما يختص بالتخطيط المستقبلي للخدمات الصحية الأساسية ، فقد أولاها الباحث عناية خاصة في هذا البحث ، وذلك بتسليط الضوء على مجموعة من المتغيرات الجوهرية التي بدراستها ومعرفتها يمكن التنبؤ بالاتجاهات العامة للتخطيط الصحي في المستقبل (أبو خرمة 2004)، فمنذ أكثر من ثلاثة عقود ونصف من الزمن أكد (Shortell et al. 1977) على أن دراسة سلوك المرضى بالنسبة للخدمات الصحية ، تعد احد المتغيرات المهمة لتقييم جودة الخدمات الصحية ومعرفة مدى سهولة الوصول والاتصال بها ، ومدى الانتفاع من خدماتها والرضا عنها . وتأكيدا على أهمية دراسة اتجاهات المرضى حيال الخدمات المقدمة لهم قام (Scarpaci 1986) بإجراء دراسة على رواد إحدى العيادات الكبيرة بمدينة (سانتياجو بتشيلي)

اثبت من خلالها أهمية دراسة أراء المرضى في التنبؤ بسلوكهم المستقبلي واتجاهاتهم، وذلك من خلال التردد على عيادة (Villa O Higgins) بمدينة سانتياجو. وفي الجنوب الغربي من ليبيا أجرى الباحث السدادة عام 2004 دراسة حول الوحدات الصحية في منطقة وادي الآجال (أوباري) من حيث الكفاية والكفاءة لمتطلبات سكان وادي الآجال.

وفي دراسة للباحث عن الأنماط المكانية لخدمات العيادات المجمعة بمدينة بنغازي تبين مدى أهمية دراسة آراء سكان مدينة بنغازي في الخدمات الطبية المقدمة بتلك العيادات ومحاولة إيجاد حلول بديلة للمشاكل المعلقة (العبيدي 2002)، وانسجاما مع هذا الاتجاه قام الباحث بوضع بعض الأسئلة التي تقيس الرضا عن الخدمات الصحية الأساسية بمنطقة قمينس ، تمشيا مع أربع نقاط أثارها (Calnan 1988:927) منذ ربع قرن مضي ، وهي في الأغلب الأعم تدور حول معرفة:

- أهداف المبحثين عن الرعاية الصحية في فترة زمنية محددة .
- مستوى خبرة انتفاع المواطنين من خدمات الرعاية الصحية بصفة عامة .
- القيم الأساسية والاجتماعية التي يُبنى عليها نظام الرعاية الصحية بالمنطقة .
- الانطباعات والاتجاهات الصحية لدى معظم السكان على نظام توزيع الرعاية الصحية بالمنطقة.

إن ما أفضت إليه نتائج هذه الدراسة يؤكد على أن مسألة الرضا عن الخدمات الصحية بمنطقة قمينس يمكن تقسيمها إلى ثلاثة آراء: أكثر من

النصف (50.4%) يقولون بأنها مقنعة إلى حد ما ، و (13.6%) مقنعة جدا و (36%) غير مقنعة ، وتعزى هذه الفروق إلى مجموعة من العوامل لعل من أبرزها عدم وجود الطبيب المتخصص بالعيادة ، أو عدم الحصول على الدواء الذي يصفه الطبيب ،أو بسبب فترة الانتظار الطويل ، فضلا عن تدني مستوى الرعاية بالمرفق الصحي ، وهذا تجَّسد واضحا من النتائج السلبية التي تم الحصول عليها بتطبيق نتائج مربع كاي (X^2) لقياس عملية الرضا عن خدمات العيادة ، حيث كانت القيمة الاحتمالية ($p=0.12$) وهذا يعني إن الخدمات الصحية لم تكن في المستوى المطلوب.

وللإجابة على سؤال يتعلق بأصعب المشاكل التي تواجه المريض عند البحث عن الرعاية الصحية بالمنطقة؛ أكد أكثر من ربع أفراد العينة (25.7%) بان طول فترة الانتظار تتصدر قائمة الشكاوي ، تليها مباشرة مشكلة غياب الأطباء بنسبة (17%) ، والازدحام (13.8%) ، ثم سوء المعاملة والوساطة (9.8%) ، ونقص المتخصصين بالمرض وغيرها فقد وصلت إلى (4.7%) . وبإلقاء نظرة على الجدول رقم (7) يتضح أن أكثر من نصف إفراد العينة المدروسة أفادوا بان الخدمات الصحية بعيادة ابن سينا كانت مقنعة إلى حد ما ، وكان وضعهم الصحي ينقسم إلى100 شخص كانوا يتمتعون بصحة جيدة في حين 26 شخصاً كانوا يشكون من بعض الأمراض، وربما يكون الإدلاء بهذا الرأي مبنياً على تمكن بعضهم من الحصول على الطبيب المطلوب أو الدواء الموصوف لهم أو كليهما معا ، ولهذا كان تقييمهم للخدمات الصحية يتراوح بين المتوسط والجيد ، بينما وصلت نسبة الذين أكدوا علي أن هذه الخدمات كانت مقنعة جدا إلي 13.6% وهي نسبة منخفضة مقارنة مع سابقتها ، ويبدو إن هذه الفئة من المستجوبين قد أشبعت رغبتها من

الخدمات الطبية بهذه العيادة من حيث إجراء الفحص الطبي أو الحصول على الدواء أو غيرها. أما النسبة الكبيرة الأخرى فهي التي ترى بأن خدمات العيادة غير مقنعة على الإطلاق، وهذا قد يعزى لعدم حصولهم على الطبيب المختص، أو لعدم توفر الدواء أو كليهما معا ، إضافة إلى طول فترة الانتظار غير المجدي ، والإهمال وعدم الاهتمام بالمرضى ، كما سبق ذكره ، ولذلك فالعلاقة لم تكن ذات دلالة إحصائية بين هذين المتغيرين كما هو موضح بالجدول رقم (7). لذلك فكلما كانت الخدمات الصحية المقدمة بالعيادة جيدة وعلى درجة عالية من الكفاءة زادت فرصة الانتفاع بها والعكس صحيح.

الجدول 7: الوضع الصحي للمستجوبين خلال أربعة أسابيع قبل إجراء الدراسة ونوعية الخدمات الصحية المقدمة بالعيادة

الوضع الصحي	تقييم الخدمات الصحية			
	مقنعة جدا	مقنعة جدا	مقنعة جدا	مقنعة جدا
سليم	27	100	61	188 (%75.25)
مريض	7	26	29	62 (%24.8)
المجموع	34	126	90	250 (%100)
النسبة	(%13.6)	(%50.4)	(%36.0)	(%100)
$X^2=4.15398$ درجة الحرية (2)				P=0.12

وعند تقييم الخدمات الصحية من زاوية اخرى ، وهي من حيث الاتصال

بين المرضى والعاملين بالمرفق الصحي ،كما هو موضح بالجدول رقم (8) ، فقد اكد حوالي 41.2% من افراد العينة (76 شخصاً سليماً و27 شخصاً سقيماً) بأن المعاملة كانت مقنعة جدا ، وأن (113) فرداً بنسبة 45.2% ، قالوا بان المعاملة مقنعة إلى حد ما ، حيث كان منهم 86 اصحاء ، و 27 مرضى ، وهذا التقارب بين هاتين الفئتين يدل على عدم الشكوى الكبيرة من العاملين بالعيادة ، ولكن ربما تكون الشكوى من نقص عددهم أو نقص الاكفاء منهم في أداء عملهم الفني .

الجدول 8: العلاقة بين الوضع الصحي للمرضى خلال أربعة أسابيع ومعاملة العاملين بالعيادة الخارجية

الوضع الصحي	تقييم الخدمات الصحية			
	مقنعة جدا	مقنعة إلى حدما	غير مقنعة	المجموع
سليم	76	86	26	188 (%75.2)
مريض	27	27	08	62 (%24.8)
المجموع	103	113	34	250 (%100)
النسبة	(%41.2)	(%45.2)	(%13.6)	(%100)
$X^2=0.18955$		درجة الحرية (2)		P=0.90

أما نسبة الذين رأوا أن المعاملة كانت فضة وغير مقنعة ،فقد وصلت إلى 14% منهم 26 شخصاً كانت حالتهم الصحية جيدة وثمانية أشخاص كانوا يشكون من بعض الأمراض ، وهؤلاء جميعا يرجعون السبب في سوء معاملتهم إلى وجود الوساطة والمحسوبية بينهم وبين بعض أقارب العاملين بالعيادة ، فالمعاملة حسب وجهة نظرهم تختلف باختلاف درجة القرابة . وبتطبيق مقياس مربع كاي (X^2) لم يكن بالإمكان الحصول على علاقة ذات دلالة إحصائية بين هذين المتغيرين (انظر الجدول رقم 9) مما يدل على عدم رضا معظم الناس بالمنطقة على معاملة العاملين بالعيادة لهم .

ومن خلال نتائج الدراسة الميدانية التي أجريت على المرضى المترددين على العيادة مباشرة تبين أن معظم المتغيرات ابتداء من متغير حرية اختيار الطبيب المطلوب في العيادة إلى متغير سهولة الوصول والاتصال بها كانت جميعا ذات دلالة إحصائية عالية اقل من ($P=0.001$)، وهذا يعني إن المتغيرات الثمانية مقاسة بمقياس مربع كاي (X^2) أوضحت قوة العلاقة بين هذه المتغيرات وعملية الانتفاع بخدمات عيادة ابن سينا ومدى الرضا عن خدماتها ، ولم يشذ عن هذه القاعدة سوى المتغيرين التاسع والعاشر بالجدول رقم (9) وهما سبب تفضيل العيادة على غيرها والعلاج المفضل للمريض وهما اللذان لم يثبت أنهما ذوا دلالة إحصائية ، وبالتالي فتأثيرهما لم يكن ذا اثر كبير على عملية الانتفاع من خدمات عيادة ابن سينا الخارجية.

الجدول 9: نتائج مربع كاي (X^2) لاستجابات المرضى بعيادة ابن سينا الخارجية حول متغيرات منتقاة بخصوص الانتفاع بخدمات هذه العيادة ومدى الرضا عنها

ر.م	اسم المتغير	درجات الحرية	نتائج X^2	قيمة الاحتمال P
01	حرية اختيار الطبيب	2	8.35876	P=0.001
02	وجود الاطباء بالعيادة	2	11.90262	P=0.001
03	امكانية الحصول على الدواء	2	12.92009	P=0.001
04	كفاية الاطباء	2	13.76501	P=0.001
05	الراي في حجرة الانتظار	4	14.34504	P=0.001
06	الاوقات المفضلة للزيارة	2	15.56025	P=0.001
07	كفاءة الطبيب	2	25.44715	P=0.001
08	سهولة الوصول إلى العيادة	6	36.97350	P=0.001
09	سبب تفضيل العيادة	4	1.38106	P=0.84
10	العلاج المفضل للمريض	4	11.28178	P=0.23

المراجع العربية

أبو خرمة، سليمان (2004) "التوزيع الأمثل للخدمات الصحية في الأردن: دراسة مقارنة بين محافظات إقليم الشمال"، رسائل جغرافية، 294، الجمعية الجغرافية الكويتية، الكويت.

البرعصي، فائز آدم (2008). "التباين المكاني للخدمات الصحية في مدينة طبرق: دراسة في جغرافية الخدمات" رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة بنغازي، كلية الآداب، قسم الجغرافيا.

بن عمران، عيسي سليم (2008) "التوعية الصحية والبيئية وسبل تنميتها وتطويرها" مجلة بلسم ، العدد 1، جنيف.

بودجاجة، عوض حسين، (2007). السياسة الصحية بالجماهيرية العظمي في مجال الرعاية الصحية الأولية، مجلة الخبرة، العدد1 ، مارس.

الحاسي، كريمة محمد عطية (2004). "التخطيط الصحي وأثره علي تحسين الأداء الكلي للمرافق الصحية العامة بمدينة شحات وضواحيها: دراسة تحليلية من منظور جغرافي" رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة بنغازي، كلية الآداب، قسم الجغرافيا.

الدادة، أوخن عمر محمد (2004). "الوحدات الصحية في منطقة أوباري ومدى كفايتها وكفاءتها لمتطلبات سكان وادي الحياة: دراسة في الجغرافية الطبية"، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة بنغازي.

السبعاوي، محمد نور الدين ابراهيم (1977). الاتجاهات الحديثة في الدراسات الجغرافية، الجغرافية الطبية، مناهج البحث واساليب التطبيق، دار الكتب، القاهرة.

العبيدي، سالم فرج (1998). تطبيق منهجية الجغرافية الطبية في التخطيط المستقبلي للعيادات المجمعة في مدينة بنغازي، بحث قدم في مؤتمر ليبيا الرابع للعلوم الطبية، بنغازي، ليبيا.

العبيدي، سالم فرج (2002). التوزيع الجغرافي لخدمات العيادات المجمعة في مدينة بنغازي وآفاقه المستقبلية، المجلة الليبية للبحوث الطبية، المجلد 1 ،العدد 1، بنغازي.

العبيدي، سالم فرج (2002). محددات الانتفاع بالخدمات الصحية لعيادة العقورية الخارجية: دراسة تطبيقية في الجغرافية الطبية، بحث قدم في مؤتمر ليبيا الخامس للعلوم الطبية، الزاوية، ليبيا.

لنقي، هالة عوض، (2005). " التوزيع الجغرافي لخدمات الرعاية الصحية الأولية بمدينة بنغازي وآفاقها المستقبلية : دراسة في الجغرافية الطبية، رسالة ماجستير غير منشورة ،، جامعة بنغازي ، كلية الآداب ، قسم الجغرافيا.

نجاة محمد المهدوي (2004) "العيادات المجمعة في مدينة طرابلس وتوزيعها المكاني وخدماتها المنوطة بها بين الواقع والمستهدف": دراسة في جغرافية المدن ،رسالة ماجستير غير منشورة ،، جامعة طرابلس ، كلية الآداب ، قسم الجغرافيا.

المراجع الأجنبية

Abudejaja A H, Khan M a, Singh R, Tower A, Narayanappa M, Gubta B S, and umer S (1987) Experience of a family clinic at Benghazi , Libya and sociomedical aspects of its catchment population, Family practice 4(1) : 19-26

Al-ribdi m (1990) the geography of the health care in al-qassim region . Unpublished Ph. D thesis, Southampton University.

Burrows J. (2008) Inequalities and health care reform in Chile: Equity of What? Journal of Medical Ethics, 34:e 13

Calnan M (1988) Towards a conceptual framework of lay evaluation of health care.Socialscience and medicine 27 (9) 927-93

Chan M (2008) Return to Alma-Ata Lancet 2008:372-856e6.

Evans T. (2009) Primary health care, social determinants of health and health public policies: indispensable agents for equity in health. Speech given to prince Mahidol Award Conference, Bangkok, Thailand, January.

Habib O S and Vaughan J P (1986)The determinants of health services utilization in Iraq a household interview survey. International journal of epidemiology, 15 (3)pp.359-403.

Lee J (2005) Public health is a social issue. Lancet, 2005;365:1005e6.

Marmot M, Allen J. Bell R. Goldblat P. Building of the global movement for health equity: From Santiago to Rio and beyond. Published online: 19 oct. 2011

Mensch B.Lentzner H and Preston S (1995) Socio-economic differentials in child mortality in developing countries. United nations, Department of international economic and social affairs, new York.

Shanon G W &Dever G A (1974) Health care delivery : spatial perspectives , new York

Shortell S M Richardson W C logerfo J P. Dier P. Weaver B and Green K (1977) The relationships among dimensions of services in two provider systems ; A causal model approach.Journal of health and social behavior (18) 139-158.

Solar O & Irwin A, (2007) A conceptual framework for action on the social determinants of health. World Health Organization.

Tecke B , determinants of child survival in shorter F &zurayk H (eds) population factors in development planning in the middle east, cairo , population council, 1985.

Tobias M, Blakely T, Matheson D, et al. Changes trends in indigenous inequalities in mortality: lessons from New Zealand, International Journal of Epidemiology, 2009; 38:1711e22.

United Nations Demographic yearbook 2008.

WHO ,resolution WHA62. 14. Reducing health inequalities through action on the social determinants of health. 2009.

http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/A62/_R14-en.pdf (accessed May 2009).

WHO, World Health Report (2008): Primary Health Care: Now more than ever. Geneve, 2008.

الشكل (1) [illegible]

